МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

# ДЕОНТОЛОГИЯ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

методические рекомендации

Москва — 1987

Методические рекомендации составлены во Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского доктором медицинских наук профессором Ф. В. Кондратьевым.

Местным органам здравоохранения разрешается размножить данные методические рекомендации в необходимом количестве.

«УТВЕРЖДАЮ»
И. о. начальника
Главного управления
лечебно-профилактической помощи
Минздрава СССР
**В. И. Филатов**
7 апреля 1987 г.
№ 10—III/ПС-87-4/СП

# ДЕОНТОЛОГИЯ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**(Методические рекомендации)**

## ВВЕДЕНИЕ

Деонтологию называют «душой медицины», «мудростью врачевания». В нашей стране проводятся всесоюзные конференции по проблемам медицинской деонтологии, лекции по деонтологии включены в программы обучения студентов, во все циклы усовершенствования врачей. Наиболее авторитетные ученые-клиницисты специально подчеркивают особое значение деонтологии в наше время, когда развитие узкой специализации и рост медицинской техники привели к потоку различной информации о больном, за которой стало теряться его интегрирующее начало — личность больного.

В современной медицинской деонтологии выделяют два ведущих аспекта — теоретический и практический. Первый из них предусматривает установление связей деонтологии с проблемами общей этики и нравственности, вопросами психологии и социологии. Второй (частный) — определение специфики деонтологических вопросов применительно к конкретным особенностям каждой клиники, с учетом свойственных ей врачебно-диагностических задач и методов исследования. Выделяя эти два аспекта медицинской деонтологии, нельзя в то же время не подчеркнуть их тесную взаимосвязь, так как только совокупность общих высоких принципов коммунистической морали и конкретных клинически обоснованных деонтологических методов может обеспечить наиболее полное соответствие медицины социальным требованиям.

Частные аспекты деонтологии разных медицинских дисциплин имеют единую основу, определяющую сам смысл врачебной деятельности (любой, в том числе и судебно-психиатрической), а именно — возврат больному здоровья, возврат человека к радости жизни, к труду. Одними лекарственными

средствами, медицинской техникой этого добиться нельзя, так как задача возвращения больного к радости жизни, к труду в своем решении предусматривает не только соматопсихическое восстановление, но социально-психологическое — реабилитацию больного как в глазах общества, так и в собственных глазах. Достичь этого возможно лишь зная личность больного, лишь апеллируя к личности больного как к интегративной совокупности биологического и социального, через которую опосредуется все влияние патобиологических, психологических и социальных факторов. В плане этих требований и формируется современное понимание деонтологии как комплекса научных знаний о личности больного, используемых медицинской службой в целях его максимальной социальной реабилитации.

Эта сущность деонтологии — достижение цели максимальной социальной реабилитации на основе знания личности больного — прежде всего подразумевает знание тех его индивидуальных особенностей, которые возможно и должно использовать для борьбы с болезненными проявлениями, и тех, которые могут препятствовать выздоровлению и адаптации, а также знание и, соответственно — профилактика и купирование, тех психотравмирующих факторов и обстоятельств, которые могут усугубить заболевание, задержать или снизить социальное выздоровление.

В этой связи необходимо иметь четкое представление об отношениях больного к себе и к своей болезни в связи с широким спектром взаимосвязанных социальных, личностно-психологически значимых вопросов и проблем: как влияет факт заболевания и перспективы на выздоровление на сохранение или изменение социальной роли больного в системе семейных, трудовых и иных отношений, что больше всего может служить психологическим стимулом к выздоровлению и что может депримировать больного, что может быть причиной положительных эмоций и что вызывает раздражение и нервное напряжение. Даже у страдающих одним и тем же заболеванием и находящихся в одних и тех же ситуациях (амбулаторного обследования, стационарного лечения и т. д.) все упомянутые вопросы и проблемы по-разному предстают перед больным, к ним имеется различное отношение и разные факторы и обстоятельства могут как помочь их преодолению, так и служить препятствием. Индивидуально сложившаяся система социально-психологических отношений — важнейший аспект знания о личностных особенностях больного для деонтологически правильного подхода к нему. Не менее значимо и знание о характерном для больного типе эмоцио-

нального реагирования на субъективно положительные и отрицательные обстоятельства и события. Дословный перевод слова деонтология — учение о должном, и именно знание личности больного должно использоваться для принесения ему пользы всем персоналом медицинского учреждения, в котором он находится.

Разумеется, что в организации должного отношения к больному основная роль принадлежит врачу, в обязанности которого и входит познание его личностной индивидуальности, однако деонтологически правильное отношение к больному должен проявлять весь контактирующий с больным персонал. Без этого одно неосмотрительное слово санитарки может перечеркнуть все усилия врачей, направленные на формирование у больного готовности бороться за свою социальную реабилитацию.

## ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕОНТОЛОГИИ В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Имея ту же смысловую цель, как и при других медицинских дисциплинах — достичь максимальной социальной реабилитации больного — деонтология в судебной психиатрии имеет ряд существенных особенностей, отражающих специфику тех конкретных задач, которые решаются на последовательных этапах судебно-психиатрической практики.

На этапе судебно-психиатрического освидетельствования, на этапе применения принудительных или непринудительных мер медицинского характера, на этапе проведения дальнейших профилактических мероприятий повторных общественно опасных деяний по существу преследуется все та же упомянутая конечная цель. Однако своеобразие каждого из этих этапов требует своего дифференцированного рассмотрения для более адекватного применения средств арсенала деонтологической тактики.

### Деонтология в период проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Непосредственной конкретной целью судебно-психиатрической экспертизы является определение психического состояния подэкспертного для решения вопросов о его возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими в момент совершения противоправного деяния или же (в иных случаях) — способности правильно воспринимать обстоятель-

ства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания (экспертиза свидетелей и потерпевших), а также способности понимать значение своих действий или руководить ими (экспертиза в гражданском процессе).

Во всех этих случаях личностная позиция испытуемых к вопросу о том, какое заключение дадут эксперты, может быть весьма различной. Практически любому испытуемому в той или иной степени известно, какую цель преследует проводящаяся ему судебно-психиатрическая экспертиза, и он имеет к этому вопросу свое собственное отношение, стремясь предстать больным, извлекая из этого определенные выгоды, или здоровым, намереваясь добиться судебного разбирательства. Если в целом в общемедицинской практике имеет место единство цели у врача и у больного — достичь выздоровления и максимальной социальной реабилитации, то при судебно-психиатрической экспертизе у врача и у подэкспертного могут быть разные цели. Достаточно часто встречаются случаи, когда у душевнобольного даже при понимании своего психического нездоровья могут иметь место настойчивые попытки доказать «полную нормальность» и диссимуляции, а могут быть и наоборот попытки аггравации и даже сюрсимуляции. У лиц же, осознающих себя психически здоровыми, могут доминировать опасения и страх быть признанным душевнобольным и оказаться в психиатрической больнице, а могут наоборот проявляться личностные установки уйти от уголовной ответственности путем симулирования психического заболевания.

Так или иначе для большинства испытуемых ситуация судебно-психиатрической экспертизы не остается безразличной, более того для многих она является экстремальной — ситуацией, в которой происходит как бы противоборство эксперта, стремящегося правильно определить психическое состояние, и подэкспертного, который не заинтересован в установлении истины. Характер личностного отношения испытуемого к результатам экспертизы следует выяснять с первых с ним бесед. Учет личностных особенностей испытуемых, подвергающихся судебно-психиатрическим экспертизам, приобретает все большее значение в связи с патоморфозом психических заболеваний в сторону их смягчения и, соответственно, тенденцией к большей личностной сохранности больных. Сказанное о вариантах отсутствия «единства цели» конечно не исключает те случаи, когда врач и испытуемый не имеют таких искажений своих взаимоотношений, и их интересы в правильном экспертном заключении совпадают.

В системе «эксперт — испытуемый» личностные отношения могут быть искажены и со стороны врача. Психологически,

с общечеловеческих позиций вполне понятно то негативное отношение, которое может возникнуть у эксперта к находящемуся на экспертизе правонарушителю, совершившему чрезвычайно жестокие деяния (например, изнасилование и убийство малолетних детей). Однако психиатр-эксперт ни в коем случае не должен позволить себе, чтобы его личностное отношение к правонарушению как-либо отразилось на его взаимоотношениях с испытуемым, затруднило контакт с ним и повлияло на объективность заключения.

Следует помнить, что испытуемый, будь он даже психически здоровым, находится на обследовании в медицинском учреждении, а не в следственном изоляторе, что вину его определяет суд, а не медицинские работники. Важно и то, что в юридическом отношении до вынесения судом приговора лицо считается лишь обвиняемым, подсудимым, а не виновным, и до окончания судебного разбирательства могут быть вскрыты обстоятельства и факты как указывающие на отсутствие вины, так и свидетельствующие о болезненной (психотической) причине совершенного деяния, а следовательно также о невиновности. По этой причине деонтологически необходимым является сдерживание экспертом своих, возможно и самых естественных, негативных эмоций.

Умение установить контакт с испытуемым, показать отличие целей врачебного расспроса от допросов следователя, способность завоевать доверие испытуемого, преодолеть его настороженность и негативное отношение к обследованию — важнейшая предпосылка успеха проведения всего периода судебно-психиатрического освидетельствования и достоверности экспертных выводов. Испытуемый должен быть уверен, что перед ним врач, заинтересованный только в объективной оценке, что он беспристрастен и не имеет никакого предвзятого отношения к фабуле дела, а также в том, что эксперт обладает достаточными профессиональными знаниями и способен сделать все необходимое для правильного решения поставленных перед ним вопросов.

Врачебным долгом эксперта является воспитание у всего медицинского персонала судебно-психиатрического отделения такого же гуманного отношения к испытуемым. Недопустимо, чтобы в медицинском учреждении царил дух следственного изолятора, необходимо, чтобы и у контролеров службы охраны экспертного отделения также формировался деонтологически щадящий по отношению к испытуемым стиль работы, отвечающий интересам правильного решения судебно-психиатрических вопросов. Человеческое достоинство подэкспертного как гражданина Советского государства никогда и ни

в коей мере не должно унижаться. Соблюдение этого правила, конечно, не должно расслаблять бдительности, понимания сцепифики контингента обследуемых и не быть причиной снижения тех ограничительных требований, которые предусматриваются Уголовно-процессуальным кодексом в отношении лиц, взятых под стражу.

Одной из наиболее отличительных особенностей психического состояния больных и других лиц, находящихся на судебно-психиатрическом обследовании,— это отпечаток психотравмирующей ситуации. Последний на субклиническом, невротическом или психотическом уровне отмечается практически у всех испытуемых. Психогенные наслоения могут существенно затруднить распознавание основы психического состояния. Феноменологическое сходство многих «фасадных» проявлений психогенных расстройств при шизофрении, психопатии, у лиц с органическими поражениями головного мозга и даже у ранее здоровых является главной причиной диагностических ошибок и необходимости отсроченного принятия экспертных заключений. В этой связи профилактика психогенных расстройств и их купирование — постоянная забота врачей, проводящих судебно-психиатрическое освидетельствование.

Психогении всегда связаны с личностной реакцией на психотравмирующую ситуацию. Поэтому их профилактика и лечение, как одно из важных деонтологических требований всегда требует личностного, психотерапевтического вмешательства эксперта, одними медикаментозными средствами изменение личностного отношения испытуемого к психотравмирующей ситуации добиться нельзя.

Вместе с тем психиатр-эксперт не должен заниматься беспредметным филантропическим утешительством. Его задача снять психогенное эмоциональное напряжение, обеспечить профилактику усугубления психических расстройств, добиться их купирования. В условиях судебно-психиатрической экспертизы обычно ведущие психотравмирующие факторы бывают связаны с негативной оценкой тех или иных событий и обстоятельств, приведших испытуемого на освидетельствование, а также с ситуацией неопределенности в отношении своего будущего. Знание наиболее значимых психотравмирующих факторов является абсолютно необходимым условием психотерапевтического вмешательства.

Далеко не для всех испытуемых ведущим психотравмирующим переживанием является только факт самого привлечения к уголовной ответственности. Вариации личностно депримирующих обстоятельств трудно перечислить, они неред-

ко сочетаются и всегда индивидуальны. Лишь в качестве иллюстрации этого разнообразия можно остановиться на некоторых примерах. У лиц, ранее никогда не имевших встречи с психиатрами бывает выражен страх перед помещением в психиатрическое учреждение, «к сумасшедшим», и перед возможностью потерять реноме психически здорового человека. Для ряда больных актуальным психотравмирующим обстоятельством является не перспектива уголовного наказания или принудительного лечения, а сам факт содеянного (например, убийство близкого человека) с непоправимыми последствиями. Для третьих испытуемых ведущим психотравмирующим обстоятельством является не столько создавшаяся в настоящее время ситуация, сколько отдаленные последствия: понимание невозможности занять прежнее социальное положение, пользоваться имевшимися материальными благами, вернуть расположение близких и т. д. Есть испытуемые, четко занимающие самообвиняющую позицию, которые особо тяжело переживают за судьбу своих родных (малолетних детей, престарелых родителей) и невозможность оказания им действительно необходимой помощи.

Эти и подобные психотравмирующие факторы, которые могут взаимосочетаться, в большинстве случаев имеют отличительной чертой реальность и неустранимость. Однако данное обстоятельство не должно останавливать врача от проведения деонтологически правильно построенной психотерапевтической работы. Даже тогда, когда травмирующие обстоятельства не должны или не могут быть изменены, психотерапия во избежании усугубления психогенных расстройств должна помочь снизить негативную оценку этих обстоятельств, показать то положительное или обнадеживающее, что ранее испытуемым не замечалось. При этом, разумеется, психотерапия не может строиться на заведомо ложных перспективах разрешения психотравмирующей ситуации.

Как само возникновение психогенных расстройств, так и эффективность психотерапевтического воздействия определяются в первую очередь личностными особенностями испытуемых. Природно-характерологические особенности личности (и конечно наличие тех или иных акцентуаций, проявлений психической инфантильности, психопатических или психопатоподобных черт и более глубоких психопатологических изменений), а также социальная направленность личности, ее мировоззренческие установки, ценностные ориентации и особенно такие ее свойства, как преимущественно внешнеобвиняющая или преимущественно самообвиняющая личностная позиция в конфликтных ситуациях, определяют типы и тя-

жесть психогенных расстройств в каждом конкретном случае.

Деонтологический подход к испытуемым, находящимся на судебно-психиатрической экспертизе, имеет определенные частные отличия в зависимости от того, проводится ли эта экспертиза в амбулаторных или в стационарных условиях, по уголовным делам для бесстражных или находящихся в следственных изоляторах, или же освидетельствование проводится потерпевшим, свидетелям или по гражданскому процессу в отношении дееспособности.

**Амбулаторная экспертиза.** Большинство из числа лиц, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, проходят первичное освидетельствование в амбулаторных условиях. Уже на этапе амбулаторного освидетельствования следует дифференцировать проходящих экспертизу по уголовным делам в роли обвиняемого или потерпевшего, свидетеля, а также по гражданскому процессу. Как правило, первые уже достаточно хорошо осведомлены, что результаты экспертизы предопределяют быть им на скамье подсудимых или, получив освобождение от уголовного наказания, приобрести реноме душевнобольного человека с соответствующими социальными последствиями. Поэтому уже на этапе прохождения амбулаторной комиссии могут начать проявляться те искажения системы взаимоотношений «врач—больной», о которых говорилось выше. Определенные искажения этой системы могут быть и со стороны испытуемых, проходящих экспертизу по гражданским делам, а также со стороны потерпевших.

Испытуемые, совершившие менее значительные правонарушения, обычно под стражу не берутся и проходят амбулаторное освидетельствование в условиях психоневрологических диспансеров или при больницах. Для многих из них это первое посещение психиатрического учреждения, и одно это может действовать психотравмирующе. Нередко существует опасение, что сразу после экспертизы «начнут принудительно лечить». Эти и подобные опасения должны быть сглажены врачом-докладчиком во время первой же беседы с испытуемым. Еще бытующий «страх перед психиатрией» должен быть снят спокойным, доброжелательным тоном беседы, твердым заверением, что ничего вредного и опасного для здоровья в процессе обследования не будет, что после освидетельствования испытуемый пойдет домой, а вопрос о необходимости назначения принудительного лечения будет решаться лишь по окончании судебного разбирательства. Эксперт не должен информировать испытуемого о возможном решении комиссии, но снять психотравмирующее действие на испытуемого неопределенности его будущего положения

следует. Для этого необходимо уяснить, какая перспектива для него является наиболее депримирующей, а затем в зависимости от реакции испытуемого попытаться показать возможные менее травмирующие выходы из создавшейся ситуации. Такая предварительная работа, преследующая цель снять ориентировочную психогенную реакцию на неопределенность, позволит во время освидетельствования комиссией видеть состояние испытуемого в более «чистом виде» с менее выраженными психогенными наслоениями.

В условиях амбулаторного освидетельствования окончательные экспертные решения обычно принимаются в отношении лиц, психическое состояние которых или не требует проведения дифференциального диагноза с психотическими состояниями или тогда, когда диагноз психического заболевания и заключение о невменяемости достаточно четко вытекают из наблюдаемых особенностей статуса и соответствуют данным медицинской документации (верифицированны стационарными описаниями психических расстройств с соответствующей диагностикой). В первых случаях речь как правило идет о психически здоровых или о лицах с непсихотической патологией (алкоголизм, остаточные явления органического поражения головного мозга, нерезко выраженные психопатии и неврозы) и дается заключение о вменяемости. Во вторых случаях имеются в виду глубокие олигофрении, тяжелые формы шизофрении, стойкие состояния приобретенного слабоумия, когда сомнений ни в диагнозе, ни в заключении о невменяемости не возникает.

При достаточной психической сохранности подэкспертных, в отношении которых амбулаторная комиссия дает заключение о вменяемости, при их способности критически оценить ситуацию и прогнозировать возможность предстать перед судом и нести уголовную ответственность у некоторых из них (особенно страдающих неврозами или неврозоподобными расстройствами) в период до начала судебного разбирательства может наступить психогенная декомпенсация, усугубление состояния. Это может затруднить участие испытуемого в судебном процессе, обусловить вызов эксперта в суд, привести к определению повторной экспертизы. Во избежании такого ухудшения психического состояния, зная личностные особенности подэкспертных, можно рекомендовать им прием легких седативных средств, транквилизаторов. Не лишним является высказать доброжелательный совет успокоиться, собраться с силами, не тратить их на бесплодное волнение, а четче подготовиться к защите на суде.

Что касается признаваемых невменяемыми, то несмотря на их заведомо болезненное состояние психики следует учи-

тывать, что практически всегда у больных остается чувство личного достоинства, которое во всех случаях неизменно следует щадить. Недопустим своего рода «клиницизм», когда в присутствии больного начинают анализировать его психическое состояние и допускают высказывания, квалифицирующие его как «бред», «слабоумие», «грубый дефект» и т. п. Многие больные надолго запоминают такие «квалификации», что в последующем затрудняет процесс реабилитации.

Особого внимания в плане профилактики развития психогенных состояний требуют испытуемые, в отношении которых вопрос о вменяемости-невменяемости в амбулаторных условиях решить не представляется возможным и им рекомендуется стационарное обследование. Не имея права прямо говорить об этом своем решении испытуемому, экспертная комиссия в то же время должна предпринять необходимые меры профилактики психогенных расстройств, которые могут развиться в период ожидания поступления на стационарную экспертизу и в первые дни пребывания в психиатрической больнице. Используя жалобы испытуемых на головные боли, быструю утомляемость, повышенную раздражительность, навязчивости, плохой сон и т. д. следует дать совет, что необходимо полноценное обследование в стационаре, что там одновременно можно подлечиться, укрепить здоровье. При этом следует сразу же развеять страх перед психиатрической больницей, где якобы содержатся только «буйные сумасшедшие». Обязательным должен быть акцент на том, что стационарное обследование не означает принудительного лечения, что оно строго ограничено во времени и не лишает свободы (возможности свиданий, переписки, прогулок и т. д.) и возможности выписки домой.

При проведении амбулаторной экспертизы испытуемым, находящимся под стражей в следственном изоляторе, обычно встречаются более тяжелые формы психогенных расстройств. Взятие под стражу как правило обусловлено совершением более тяжких опасных противоправных деяний и соответственно с более негативным прогнозом. Сам арест и пребывание в обстановке следственного изолятора уже глубокая психотравма. Психогенные расстройства в более тяжелой форме отмечаются у интеллектуально сохранных, отдающих себе полный отчет в происшедшем и критически оценивающих перспективу. Жизненный опыт прежнего прохождения через следственный изолятор далеко не всегда смягчает трудности адаптации к статусу арестанта. Достаточно часто наблюдаются более тяжелые психогенные расстройства у лиц уже бывавших в местах лишения свободы,

чем у впервые оказавшихся под стражей. Опасение быть признанным особо опасным рецидивистом может быть сильным психогенным фактором.

Во время амбулаторной экспертизы в следственном изоляторе для достижения доверия испытуемого и необходимого для полноценного освидетельствования контакта с ним следует рекомендовать, что бы психиатры-эксперты с первых минут показали, что цель их обследования состоит не в том, чтобы дать новые доказательства обвинению, а найти те обстоятельства, которые лежат в плане актуальных интересов испытуемого. Часто бытующее среди подследственных мнение будто врачи «идут на поводу» у следствия и «все заодно» действуют против обвиняемого, является препятствием для продуктивного контакта. В этой связи бывает необходимым разъяснение независимости экспертов как сотрудников органов здравоохранения от органов следствия и прокуратуры.

Среди задаваемых испытуемому вопросов одним из обязательных является вопрос об отношении к своему психическому здоровью. Если испытуемый считает себя больным, то на основании чего, если затрудняется дать категорический ответ, то какие особенности в своем характере и здоровье отмечает и какие жалобы может высказать. Но и при таких вопросах даже настоящие больные нередко испытывают затруднения в формулировании ответов, не могут отдифференцировать жалобы психиатрического и неврологического профиля. Все жалобы, в том числе и на «нервную систему» и на соматическое неблагополучие должны быть выслушаны с полным вниманием. Уже количество и характер жалоб могут дать достаточный материал относительно личностных установок в отношении разрешения следственно-судебной ситуации. Испытуемому должны быть даны заверения, что все жалобы будут учтены и найдут соответствующее отражение в акте экспертизы.

Деонтологически правильным является при установлении у испытуемого во время освидетельствования в следственном изоляторе острого психотического состояния рекомендация о переводе его в санчасть тюрьмы и о начале лечения (такие рекомендации в акт экспертизы не вносятся, но передаются администрации следственного изолятора и врачам санчасти в письменном виде).

Деонтологические принципы в период судебно-психиатрической экспертизы приобретают особую значимость, когда проводится освидетельствование потерпевших. При этом самостоятельную группу, требующую наиболее полное и тонкое

деонтологическое отношение, представляют испытуемые женского пола и подростки, оказавшиеся жертвами сексуальных посягательств. Как правило вопрос о необходимости проведения освидетельствования этих лиц возникает при наличии у них характерологических аномалий, признаков умственного недоразвития или психического заболевания, что ставит под сомнение их способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания. При экспертизах такого рода деонтологический аспект врачебной деятельности не только профессиональный долг врача-психиатра, но и одно из главных условий успешного решения диагностических и экспертных вопросов.

Отличительной чертой этого рода экспертиз являются, вопервых, сама специфичность фабулы преступления, а во-вторых, то что жертвами сексуальных посягательств обычно являются девочки младшего и среднего школьного возраста, молодые женщины. Сексуальные преступления чаще всего выражаются в изнасиловании, реже речь идет о развратных действиях или совершении половых актов с потерпевшими с использованием их беспомощного состояния из-за тяжелой степени алкогольного опьянения. К этому же роду экспертиз в деонтологическом аспекте в полной мере относится и освидетельствование мальчиков и подростков, оказавшихся жертвами развратных и гомосексуальных действий. Характерной особенностью психологической ситуации всех этих экспертиз является то, что указанные преступления глубоко травмируют психику и наносят тяжелейший моральный ущерб не только самим потерпевшим, но и их родителям и близким, особенно когда речь идет о несовершеннолетних.

Следует учитывать, что судебно-психиатрическое освидетельствование потерпевших проводится обычно спустя длительное время (иногда месяцы) после происшедшего. К этому времени потерпевшие обычно уже проходят процедуру допросов, очных ставок, в ходе которых многократно уточняются обстоятельства правонарушения, обвиняемые по делу отрицают или извращают обличающие их факты, стараясь представить в морально невыгодном свете саму потерпевшую. К моменту обследования к психогенной реакции на факт сексуального насилия добавляются психотравмирующие обстоятельства, возникающие в процессе следствия. Поэтому зачастую у потерпевших и их родственников возникает чувство недовольства и раздражения по поводу, как им кажется, неоправданно длительного ведения следствия, и в этой связи направление на судебно-психиатрическую экспертизу расценивается как еще одна ненужная формальность.

Поскольку при судебно-психиатрическом освидетельствовании так или иначе вновь затрагивается психотравмирующая ситуация и актуализируются воспоминания о ней, то именно поэтому таких испытуемых следует проводить через амбулаторные комиссии, а не через стационарные. Если не представляется возможным при однократном обследовании дать экспертное заключение, то лучше провести повторное амбулаторное освидетельствование и только в крайне сложных случаях рекомендовать стационарную экспертизу.

Уже само ожидание экспертизы и новых бесед относительно пережитых посягательств может у таких испытуемых вызвать невротические реакции, поэтому освидетельствование в подобных случаях должно проводиться вне очередности обычных амбулаторных экспертиз, а сама процедура обследования не должна занимать много времени. Освидетельствование потерпевших следует проводить с минимально допустимым количеством экспертов, так как большое число лиц, присутствующих на экспертизе, может создать психологический барьер, препятствующий продуктивному контакту. Обследование девочек и мальчиков младшего возраста необходимо проводить в присутствии родителей, если против этого нет прямых особо важных доводов. В остальных случаях следует учитывать желание потерпевших относительно того, не будет ли им мешать присутствие родителей, следователя, предпочитают ли они беседовать с врачом-мужчиной или врачом-женщиной.

Во время обследования необходимо сразу же создать психологическую атмосферу доверия и доброжелательности. Эксперт с самого начала беседы должен строить ее в психотерапевтическом ключе, следует стремиться создать у испытуемой убежденность в необходимости обследования как одной из мер защиты ее юридических прав. Не имея возможности обойти интимные стороны жизни потерпевших, эксперт с тем, чтобы выбрать правильный тон беседы на эти темы должен предварительно, соблюдая осторожность, чтобы не вызвать негативных реакций, изучить личность испытуемой, характер ее житейских воззрений, морально-этических установок.

Проводившиеся в Институте им. В. П. Сербского специальные исследования потерпевших показали, что спектр их типологических реакций на случившееся достаточно широк — от тяжелых личностных реакций с суицидальными тенденциями до недостаточного осмысливания физической и морально-нравственной стороны причиненного ущерба. В зависимости от характера и тяжести личностного реагирования по-

терпевших на психотравмирующую ситуацию должны определяться особенности деонтологической тактики.

Во время расспросов таких потерпевших для сохранения атмосферы доверия и для предупреждения оппозиционного отношения к беседе следует время от времени напоминать о том, что интерес к интимным сторонам жизни продиктован врачебной необходимостью, а не житейским праздным любопытством и ни в коем случае не ущемляет женского достоинства. В противоположность этому при освидетельствовании потерпевших мальчиков не следует их расспрашивать относительно сексуальных интересов и переживаний, необходимо, чтобы между перенесенным насилием и возрастной актуализирующейся сексуальностью не устанавливалось каких-либо внутренних связей. Называя действия насильника или совратителя неестественными, преступными, следует избегать фиксации на них внимания, преждевременного любопытства, сводя все обследование к тому, чтобы определить психическое состояние потерпевшего, его способность давать правильные показания.

Если при беседах с потерпевшими все же возникают затруднения в контакте из-за гипертрофированной стеснительности или застенчивости, то рекомендуется переводить разговор на индифферентную тему, постепенно «адаптируя» потерпевшую к расспросам интимного характера и акцентируя внимание на святости врачебной тайны. В связи с последним желательно все необходимые записи делать уже после проведенной беседы, протоколирование во время обследования может резко ухудшить контакт.

Высказывается обоснованное мнение, что в тех случаях, когда у потерпевшей развилось связанное с психотравмирующей ситуацией невротическое состояние, которое явно усугубляется в процессе следствия (допросы, очные ставки, экспертизы), то целесообразно при негативном отношении потерпевшей к предстоящей процедуре судебного разбирательства указать суду на необходимость прекращения в отношении нее дальнейших следственно-судебных действий и рекомендовать проведение необходимого лечения. Участие в судебном заседании потерпевших при таком состоянии может резко усугубить их состояние.

**Стационарная экспертиза.** На стационарную судебно-психиатрическую экспертизу за крайне редким исключением направляются лишь лица, в отношении которых возбуждено уголовное дело для решения вопроса о вменяемости-невменяемости. В отношении испытуемых, не взятых под стражу, должны сохраняться все те права, которые охраняют интере-

сы больных, находящихся на лечении на общих основаниях: возможность свиданий, свободной переписки, прогулок в больничном саду. Испытуемые не должны чувствовать, что они лишены свободы, что к ним могут быть применены какие-либо принудительные способы обследования и лечения. Все виды диагностических процедур и лечения должны врачами согласовываться с испытуемыми, если их психическое состояние позволяет проводить такое согласование и не содержит тех расстройств, которые могут представить опасность для окружающих и самого больного. В отношении испытуемых, находящихся под стражей существует ряд ограничений на переписку, на свидания и т. д., которые оговорены в УПК Основ Уголовного законодательства СССР. Следует рекомендовать прямо говорить об этом испытуемым, пояснять, что они могут писать, но их письма пойдут через следственные органы, а вопрос о разрешении свидания также могут решать только эти органы. В связи с этими вопросами уместно показать различие функций врачей-психиатров, подчеркнуть, что взятие под стражу, необходимые ограничения определяются иными службами, а в обязанности врачей входит лишь разобраться в психическом состоянии испытуемых и при необходимости оказать им соответствующую помощь.

Общим для больных, не взятых под стражу и направленных на стационарную экспертизу из следственного изолятора, является комплекс психотравмирующих факторов, структура которых, как отмечалось, может быть очень сложной. Психогенные расстройства часто являются наиболее обращающими на себя внимание расстройствами, и эта их «фасадность» при феноменологическом довольно большом сходстве при развитии как на фоне психического здоровья, так и психической патологии разной нозологии, может представить источник диагностических, и как следствие этого, экспертных ошибок.

Все это показывает исключительную важность профилактики и лечения психогенных расстройств для практики судебно-психиатрического освидетельствования. Вместе с тем следует указать и на крайнюю сложность при этом психотерапевтического подхода.

Безусловную сложность проведения деонтологически необходимой психотерапевтической работы представляет диагностическая неясность испытуемого в первые дни его пребывания на экспертизе, то есть именно в те дни, когда может и должна начаться психотерапевтическая помощь и осуществляться профилактика развития более глубоких реактивных состояний. Испытуемый только поступивший на экспер-

тизу и обнаруживающий симптоматику, свойственную психогенным состояниям, может, как отмечалось выше, оказаться страдающим хроническим психическим заболеванием, личностью с психопатическими особенностями характера, больным органическим заболеванием головного мозга и даже психически здоровым до ареста и помещения на экспертизу.

В принципе, применять метод психотерапии можно ко всем этим больным, даже к тем, кто находится в тяжелом психотическом состоянии. Эффективность применения психотерапевтического метода при лечении больных с психогенной осложненностью состояния, даже если это состояние окажется шизофренической природы, дает основание рекомендовать начинать психотерапию еще до окончательного уточнения нозологической принадлежности психических расстройств.

Психотерапия, снимая психогенные наслоения, способствует установлению более раннего и правильного диагностического решения. Необходимость сочетания диагностически-экспертной и психотерапевтической работы с момента поступления любого испытуемого на освидетельствование должна учитываться психиатрами-экспертами.

Психотерапия в первую очередь должна быть обращена на источник психогении. Это правило обусловливает исключительную сложность психотерапии в период проведения судебно-психиатрического освидетельствования в связи с трудностью определения наиболее личностно значимого психотравмирующего фактора, о чем говорилось выше. В условиях судебно-психиатрической экспертизы уточнению ведущего психотравмирующего фактора помогают не только целенаправленные беседы с испытуемым, но и тщательное изучение материалов уголовного дела и других объективных данных.

Одним из психотравмирующих факторов ситуации пребывания на стационарной судебно-психиатрической экспертизе является неопределенность для испытуемого не только возможного заключения о его психическом состоянии и вменяемости, но и метода, которым он будет обследоваться. Максимально полное, но с необходимыми предосторожностями во избежание дополнительной психотравмы, восполнение невротизирующего дефицита информации (разъяснение, например, сроков экспертизы, безопасности нахождения в экспертном отделении), а также выдержанное в психотерапевтическом отношении и сочетающееся с моральной поддержкой объяснение целей и возможных последствий освидетельствования, является необходимым условием профилактики усложнения психогенных расстройств.

Принцип «психической асептики» должен соблюдаться на всем протяжении стационарного обследования в отношении всех испытуемых. Даже если выясняется, что испытуемый не является психически больным и совершил инкриминируемое ему деяние в состоянии вменяемости, гуманное, деонтологически щадящее отношение к нему должно оставаться на протяжении всего времени пребывания в стационаре.

Необходимость профилактики психогенных расстройств у психически не больных испытуемых, в отношении которых принимается решение о вменяемости, подтверждается практикой. Об этом свидетельствует достаточная частота случаев повторных экспертиз, обусловленных именно тем, что после завершения экспертизы и возвращения испытуемых в следственный изолятор тюрьмы у них развиваются психогенные состояния, которые препятствуют проведению судебного разбирательства.

Упомянутые выше характерные для периода судебно-психиатрической экспертизы искажения в системе «эксперт — испытуемый» в наибольшей степени заострены при попытках последних симулировать психическое заболевание. Как правило распознать аггравационные тенденции и попытки симуляции опытному психиатру-эксперту не представляет особого труда. Сложнее найти правильный деонтологический подход, чтобы разъяснить испытуемому нецелесообразность дальнейшего установочного поведения. В попытках симулировать психическое заболевание можно различить два крайних варианта. В одних случаях, более простых, предъявление несуществующих симптомов психического расстройства наблюдается только в первые дни пребывания испытуемых в стационаре и обусловлены реакцией на ситуацию, растерянностью, поиском любых попыток избежать уголовной ответственности. Симулятивные высказывания в таких случаях предъявляются без достаточной подготовки, их содержание не систематизировано и исходит из разрозненных представлений испытуемого о проявлениях психических заболеваний. Такие попытки симуляции при правильном подходе врача-эксперта, его терпеливом и внимательном отношении к испытуемому, при целенаправленной психотерапевтической беседе довольно быстро снимаются.

Однако бывают и иного рода симуляции, отличающиеся упорством, клинической правдоподобностью предъявляемых симптомов. Нередко эти случаи сочетаются с превентивной подготовкой (вплоть до стационирований в психиатрические больницы с целью получения там диагноза шизофрении) и основаны на сравнительно неплохом знании испытуемыми пси-

хиатрической литературы. Убедившись в отсутствии психического заболевания и в упорстве испытуемого продолжать выбранную им линию поведения психиатр-эксперт может в деликатной, не ущемляющей достоинства форме, но твердо высказать свое мнение подэкспертному. Опыт показывает, что когда таких испытуемых предупреждают о необходимости прекращения симулятивного поведения и о том, что в противном случае оно так и будет отражено в акте экспертизы и это может нежелательно для него сказаться при определении судом меры наказания, то сразу или более постепенно симуляция прекращается.

В случаях диссимуляции психических расстройств обычно контакт с испытуемыми более затруднен из-за негативного отношения как к врачам, так и самому факту проведения экспертизы. В этих случаях врачебный долг сводится к всестороннему и углубленному обследованию и предельной точности квалификации нозологической формы заболевания, ведущего синдрома, возможного прогноза состояния и социальной опасности больного для себя и окружающих, и конечно к правильно выбранной тактике медикаментозной терапии. Когда в процессе лечения появляется хотя бы частичная критика у больного к своему состоянию, ему необходимо разъяснить ошибочность его негативного отношения к врачам и к лечению, показать те положительные стороны в социальном и трудовом статусе больного, которые откроются при правильном отношении к своему здоровью и согласии на полноценное лечение.

В период стационарной судебно-психиатрической экспертизы бывает необходимым проведение испытуемым различных лабораторных методов обследования. К некоторым из них (например, спинно-мозговой пункции) у испытуемых может быть крайне отрицательное отношение и категорические отказы от необходимых манипуляций. Если правильная психотерапевтическая беседа, разъясняющая испытуемому в доступной форме основы методики обследования, не приносит желаемых результатов, и он продолжает настаивать на своем отказе, то применение каких-либо иных форм воздействия, ущемляющих личностное достоинство подэкспертного, недопустимо. В тех случаях, когда то обследование, от которого категорически отказывается испытуемый, имеет принципиальное значение для диагностики и решения экспертных вопросов, рекомендуется об этом поставить в известность следственно-судебный орган, с санкции которого проводится экспертиза. С ведома указанных органов может быть проведена беседа с родственниками для получения их согласия на об-

следование, и оно может быть проведено, но лишь при наличии психотического состояния у испытуемого. При отказе родственников положительно решить данный вопрос эксперт должен с ними согласиться. В таких случаях деонтологическая тактика эксперта обязана учитывать не только важность и необходимость проведения лабораторного обследования, но и правовое положение испытуемого. Последнее диктуется тем, что до решения экспертной комиссии и определения суда испытуемый в юридическом плане не считается психически больным, а является лицом, находящимся под следствием, и его права оговорены рядом статей УК и УПК Основ Уголовного законодательства СССР.

Отдельного рассмотрения требует деонтологическая тактика, которой должен придерживаться эксперт в беседах с родственниками находящегося на стационарной экспертизе испытуемого. Следует помнить, что родственники также могут находиться в психотравмирующей ситуации, связанной с арестом их близкого человека, с неопределенностью исхода экспертизы, здоровья и будущего положения испытуемого. Сложность отношений врача-эксперта с родственниками испытуемого обусловливается тем, что в беседе с ними он должен получить необходимые ему сведения о подэкспертном, но не имеет права сообщать какие-либо обстоятельства по делу и высказываться о возможном экспертном заключении, что всегда интересует родственников. Учитывая состояние последних, в беседе с ними не следует заострять внимание на всем том, что родственники могут расценить как предвзятое отношение эксперта. При любых обстоятельствах бесед с родственниками у них должно оставаться чувство доброжелательного, врачебного отношения эксперта к испытуемому. Для успеха дальнейшей социальной реабилитации больного деонтологическая тактика требует и сохранения доверительного отношения к врачам со стороны его близких и сохранения заботливого отношения последних к испытуемому.

**Деонтология в период проведения судебного разбирательства.**

В период судебного разбирательства оглашается судебно-психиатрическое заключение, судебному эксперту могут быть поставлены дополнительные вопросы. Учитывая это, следует предусмотреть, чтобы в мотивировочной части акта и ответах эксперта не содержалось каких-либо дискредитирующих личностное достоинство испытуемого положений. Эксперт обязан

выступать как защитник интересов и прав больного, согласуя свои рекомендации и заключение с интересами общества. Важно при этом помнить, что в зале заседания могут находиться родственники больного, с которыми ему в дальнейшем придется совместно жить. Поэтому, например, даже обосновывая необходимость направления больного на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа, эксперт не должен вызывать чрезмерно настороженного отношения родственников, что может затруднить социальную реабилитацию больного после возвращения домой.

В случаях симулятивного поведения подсудимого эксперт должен пояснить суду, что предъявляемые им нелепые высказывания и неправильное поведение не содержит признаков истинных психопатологических расстройств, не соответствуют динамике и клинической картине какого-либо психического заболевания и поэтому являются симулятивными. При этом при всей однозначности и прямолинейности заключения эксперта в нем не должно содержаться дискредитирующих личность подсудимого положений.

**Деонтологическая тактика в период принудительного лечения.**

Деонтологически правильный подход к психически больным, находящимся на принудительном лечении, имеет особо важное значение, так как прямо относится к тому уровню социальной реабилитации, который может быть достигнут к выходу больного из больницы. Социально-личностная ситуация больного, находящегося на принудительном лечении, значительно сложнее, чем у других больных. Сам факт совершенного общественно опасного деяния свидетельствует и о грубой социальной дезадаптации и о ряде дополнительных трудностей последующей, после выписки, социальной реабилитации. Достаточно типичной является довольно сложная социально-личностная ситуация, когда больной совершил убийство кого-либо из членов семьи; изменившиеся интерперсональные отношения больного и его близких родственников в таких случаях могут чрезвычайно осложнить реадаптацию больного в прежней микросоциальной среде.

В этой связи для правильной деонтологической работы врачи, проводящие принудительное лечение, прежде всего должны выяснить те личностно значимые переживания больного, которые его депримируют и которые могут отрицательно сказаться на результативности комплекса терапевтических

мероприятий. В период пребывания на принудительном лечении, особенно длительном в условиях психиатрической больницы специального типа, наблюдается динамика в личностной значимости тех обстоятельств, которые могут быть психогенными.

У больных, характеризующихся до наступления терапевтической ремиссии анозогнозией, обычно сам факт помещения в психиатрическую больницу включается в бредовую систему и расценивается как враждебная к ним акция врачей, которые хотят лишить их престижа считаться психически здоровыми. Это обусловливает негативное отношение к врачам, отказы от лечения, диссимуляцию и тяжелые переживания в связи с невозможностью «выйти на свободу». Необходимое в таких случаях принудительное медикаментозное лечение должно сочетаться с категорическими убеждениями больного, что прием медикаментов стоит в прямой связи с более ранней выпиской больного домой, что лечение это безвредно и лишь укрепит здоровье.

По мере выхода из психотического состояния и появлении критики к содеянному у больных может наблюдаться смена содержания психогении. Если в начале на них действовал психотравмирующе сам факт помещения «к сумасшедшим» на принудительное лечение, то в дальнейшем могут развиваться психогенные расстройства на факт содеянного с непоправимыми последствиями, на те действительно сложные социально-личностные взаимоотношения с близкими, которые сложились в связи с совершенным общественно опасным деянием и новым социальным статусом больного как лица, имеющего диагноз психического заболевания. Деонтологическая тактика в этих случаях должна предусматривать коррекцию личностного отношения больного к исключительно негативной оценке ситуации. Врач должен знать реальные перспективы и условия социальной адаптации больного после выписки, и исходя из этого показать возможные менее психотравмирующие пути разрешения в перспективе имеющихся жизненно важных для больного проблем.

Является фактом возможность развития психогенных расстройств и у тяжело психически больных (даже, например, при глубоком дефекте, «конечных» состояниях больных шизофренией). Наряду с упомянутыми психотравмирующими факторами, усугубляющими состояние больных, в условиях психиатрических больниц, проводящих принудительное лечение, иногда наблюдаются дополнительные психотравмирующие обстоятельства. Последние бывают связаны с неправильной организацией стиля работы внутри отделения, некото-

рыми личностными особенностями курирующего врача, несоблюдением той тактики по отношению к больному, в основе которой лежал бы принцип «психической асептики». Безусловно остается в силе положение, согласно которому медицинская деонтология должна выражаться в деятельности психиатра и всего подчиненного ему персонала, направленной на удовлетворение нужд и интересов больного в защиту его от неоправданных лишений. В этой связи необходимо подчеркнуть, что медицинскому персоналу должны быть известны те межличностные отношения, которые складываются в отдельных палатах между больными. К сожалению, еще бывают факты, когда среди больных формируется «группа лидеров», которые своим неправильным поведением устанавливают в палатах «свой порядок», наносящий моральный, а то и физический ущерб другим больным. Такие факты необходимо незамедлительно устранять.

В процессе всего принудительного лечения должно быть обращено особое внимание на обеспечение доверия больного к врачу. Отсутствие или недостаточность этого может оказаться серьезным препятствием для успеха лечения, а иногда и вызвать ухудшение в состоянии больного. Доверие к врачу зависит от ряда факторов: особенностей личности больного, наличие подлинного контакта больного с врачом, авторитета для него врача, который следует всячески укреплять. Врачу при этом необходимо оказывать влияние и на контактные с больным микросоциальные группы — окружающих больных и посещающих родственников. Необходимо учитывать, что больные нередко получают от окружающих неправильную, способную отрицательно на них воздействовать информацию, относящуюся к вопросам их болезни. В этой связи врачам необходимо знать суть бытующих среди больных неверных и вредных представлений о причинах психических болезней, об их прогнозе, о «вреде» того или иного лекарственного препарата. Больным со стороны врачей должна быть обеспечена положительно воздействующая информация. Она должна, в частности, содействовать формированию и укреплению у больных надежды на существенную помощь от лечения, ни в коем случае не допуская отчаяния, неверия в лучшее, отчуждения от врача, отсутствия у больных очень важного для выздоровления стремления активно помогать лечению. Следует помнить, что надежда для больного — это источник положительных эмоций, фактор внутренней мобилизации, роль которого в лечебном процессе весьма значительна и должна быть предметом постоянных забот врача.

Известно, что для большинства больных дни работы психиатрических комиссий по пересмотру мер медицинского ха-

рактера являются днями особого ожидания. Больные к ним готовятся, иногда даже репетируют свои ответы членам комиссии, составляют памятки. Стремление показать себя «полностью здоровым» отмечается даже у больных с апатико-абулическим дефектом. В этой связи недопустимо чтобы кто-либо из больных оказался вне достаточного внимания со стороны комиссии. Даже если меры медицинского характера не могут быть изменены из-за сохранения социально-опасных тенденций, то и тогда все волнующие больного вопросы должны быть внимательно выслушаны и обсуждены. Без этого у больного может сложиться тяжело психотравмирующее мнение о своей неизлечимости, обреченности на «вечную койку» и как следствие этого могут иметь место суицидальные попытки.

В период окончания принудительного лечения деонтологическая работа должна быть направлена на то, чтобы к моменту выписки было достигнуто следующее: 1 — больной не должен считать себя преступником; 2 — он должен понимать, что у него были требующие лечения психические расстройства; 3 — его отношения с лицами той микросоциальной среды, в которой он окажется после выписки, должны быть отрегулированы; 4 — у него должны быть достаточно определенными перспективы на бытовое устройство, на свой социальный статус в будущем.

Правильное отношение к факту совершенного общественно опасного деяния является одним из важных обстоятельств последующей, после прекращения принудительного лечения, реабилитации психически больного. Он не должен считать себя преступником (а такая субъективная оценка встречается довольно часто), над ним не должно тяготеть чувство вины. Это должно способствовать становлению правильного самосознания, собственного достоинства. Опыт показывает, что больным обычно легче восстановить связи с родственниками, уйти от психотравмирующих воспоминаний о происшедшем, если они себе и близким объясняют, что «все произошло помимо их воли, по болезни». «Списание» на болезнь освобождает больных от подыскивания «психологически понятных» субъективных объяснений мотивов своих противоправных действий.

Вместе с тем не так уж редко, особенно в больницах специального типа, встречаются больные, которые имеют сохранившуюся с преморбидного периода антисоциальную личностную направленность, совершили противоправное деяние по реально-бытовым мотивам, в соучастии с психически здоровыми лицами. Обычно эти больные в прошлом уже свобож-

дались от уголовной ответственности в связи с диагностированной шизофренией, и у них имеется сформировавшееся чувство безответственности, хотя они и понимают, что совершаемое ими деяние уголовно наказуемо. Поэтому при сохранении общего деонтологического подхода к этим больным с ними должна проводиться специальная медико-психологическая работа, направленная на коррекцию тех личностных особенностей, которые определяют их общественно опасное поведение.

Настойчивая, но деонтологически щадящая работа с больным с целью формирования у него правильного отношения к своему состоянию должна проводиться в двух аспектах. С одной стороны, больной должен понимать, что факт перенесенного психического расстройства и признание невменяемым, освобождая его от уголовной и моральной ответственности за совершенное, вместе с тем обязывает его неукоснительно следовать всем врачебным рекомендациям, посещать после выписки психоневрологический диспансер, принимать поддерживающее лечение, воздерживаться от употребления алкоголя, соблюдать ряд других психогигиенических правил. С другой стороны, показывая больному отличие его психического здоровья от того, что принято считать нормой, необходимо остерегаться, чтобы больной не потерял веры в свои силы и способности добиться достойного социального статуса. В этих беседах желательно избегать упоминания названия имеющегося заболевания, так как это может способствовать необоснованному отнесению к себе ряда бытующих мрачных представлений о том или ином психическом заболевании. Акцент должен делаться на имеющихся положительных результатах лечения, на сохранных психических способностях. Необходимость дальнейшего лечения и наблюдения у психиатров лучше всего обосновывать профилактическими целями: для предотвращения повторения психического расстройства, приведшего к общественно опасному деянию. Эти беседы должны проводиться так, чтобы больной чувствовал, что к нему обращаются как к человеку разумному, способному правильно оценить сложившуюся ситуацию.

С учетом личностных вариантов реакции больного на свою болезнь и совершенное общественно опасное деяние тесно связан выбор деонтологической тактики в подготовке больного к встрече с родственниками, к возврату в прежнюю микросоциальную среду. Восстановление утраченных социальных связей требует от врача, проводящего принудительное лечение, учета сведений об отношении к больному лиц, с которыми ему придется сталкиваться в повседневной жиз-

ни. Без уточнения этих особенностей даже посещение родственниками больного в больнице может быть для него тяжелым психотравмирующим обстоятельством. Разъяснительная работа с родственниками больного, рациональные рекомендации по выбору лиц, проживание с которыми будет более успешно содействовать социальной реадаптации — важнейший аспект деонтологической работы при завершении принудительного лечения.

И наконец, деонтологическая работа врача к периоду прекращения принудительного лечения должна включать его совместное с больным обсуждение последующего бытового устройства, возможностей приспособления к труду. Понимая всю сложность в ряде случаев достаточно полноценной трудовой реадаптации, врач должен найти те обнадеживающие перспективы, которые могут быть оценены больным как вполне реальные и соответствующие его возможностям в настоящее время, при этом, конечно, не должны быть ни закрыты и ни излишне оптимизированы лучшие перспективы на более отдаленное будущее. В этом отношении очень большое значение имеет адекватное установление группы инвалидности. Ошибки, связанные как с недоучетом тяжести психических изменений, так и с недоучетом возможностей самостоятельной трудовой адаптации, могут существенно снизить качество социальной реабилитации, быть источником психотравмирующих факторов, ухудшающих психическое состояние больного.

**Деонтология на этапе профилактики повторных общественно опасных деяний.** Задачи судебной психиатрии не ограничиваются проведением освидетельствования на предмет установления психического заболевания и решения юридических вопросов. Конечной целью судебно-психиатрической работы является профилактика повторных общественно опасных деяний. В этой связи судебными психиатрами разработаны формы учета и активного наблюдения больных уже совершивших общественно опасное деяние для предупреждения их рецидивов.

В аспекте этой деятельности также должны соблюдаться деонтологические принципы. Речь прежде всего идет о сохранении врачебной тайны. Нельзя игнорировать того факта, что в населении еще нередко встречается недоброжелательное, настороженное отношение к лицам с психиатрическим диагнозом, к тем, кто лечился в психиатрической больнице и состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Поэтому вызов больного в диспансер, посещение его психиатром или сестрой-обследовательницей должны осуществляться так, что-

бы об этом не знали посторонние лица, которые своим неправильным отношением к больному (как к «сумасшедшему, которого следует опасаться») могут создать неблагоприятные условия для социального восстановления, а то и быть причиной, провоцирующей действительно опасные ответные реакции.

Важным деонтологическим аспектом профилактики повторных общественно опасных действий является так называемая семейная терапия — регулирование врачом тех конфликтных психотравмирующих внутрисемейных отношений, которые затрудняют социальную реабилитацию больного.

И наконец, знание личностных особенностей больного и его микросоциальной экологии должно служить основой тех врачебных советов, которые непосредственно направлены на максимальную социальную реабилитацию больного, что служит надежным гарантом профилактики повторных общественно опасных деяний психически больных.

Главный психиатр

**А. А. Чуркин**

Л 53884 от 15.04.87 г. Зак. 1331 Тир. 1000

Типография Министерства здравоохранения СССР